

Research Paper



Effectiveness of Domestic Violence-Focused Couple Therapy on Marital Violence, Sexual Arousal Syndrome and Marital Burnout of Couples Referring to Counseling Centers in Ahvaz



Somayye Taj¹, Masoud Shahbazi^{2*}, Kobra Kazemiyani Moghadam³, Maryam Gholamzadeh Jofreh⁴

1. PhD student in Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Counseling, Masjed Soleyman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleyman, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.57502.5714](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.57502.5714)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18166.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Domestic Violence-Focused Couple Therapy, Marital Violence, Sexual Arousal Syndrome, Marital Burnout

Received: 2023/07/12
Accepted: 2023/09/17
Available: 2024/07/04

The aim of the present study was to determine the effectiveness of domestic violence-focused couple therapy on marital violence, sexual arousal syndrome and marital burnout of couples referring to counseling centers. The statistical population of the research is all the couples who referred to Ahvaz counseling centers in the first half of 2021. Finally, 3 couples (6 people) from this society entered the treatment period according to the entry criteria and confession of marital violence. The sampling method in this research was purposeful and a single-case experimental design of the type of asynchronous multiple baseline designs was used. In order to collect data, questionnaire of violence against spouses (Haj Yahya, 2009), questionnaire of marital exhaustion (Pines, 2003) and various sexual questionnaires (Halbert, 1992) were used. The treatment package (couple therapy on domestic violence) was applied to all participants in 12 intervention sessions and 4 baseline stages. Subjects were analyzed by questionnaires before treatment and in sessions 4, 8, 12 and 45 days and 3 months follow-up. The answers were analyzed by visual drawing method, stable change index and recovery percentage formula. The results showed that the overall recovery percentage of couples after the intervention of couples therapy on domestic violence at the end of the treatment and also at the 45-day and 3-month follow-up stages was at a significant level ($p < 0.05$). Therefore, this couple therapy approach reduced domestic violence and marital exhaustion and increased sexual arousal symptoms of couples, and the follow-up results indicated the continuation of the effect of this treatment over time.



* **Corresponding Author:** Masoud Shahbazi

E-mail: masoudshahbazi66@yahoo.com

مقاله پژوهشی



اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی بر خشونت خانگی، نشانگان برانگیختگی جنسی و فرسودگی زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز



سمیه تاج^۱، مسعود شهبازی^{۲*}، کبری کاظمیان مقدم^۳، مریم غلامزاده جفره^۴

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۲. استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
۴. استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.57502.5714](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.57502.5714)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18166.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

زوج درمانی مبتنی بر خشونت خانگی، خشونت خانگی، نشانگان برانگیختگی جنسی، فرسودگی زناشویی

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی بر خشونت خانگی، نشانگان برانگیختگی جنسی و فرسودگی زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز در نیمه اول سال ۱۴۰۱ بود. از این جامعه در نهایت ۳ زوج (۶ نفر) با توجه به ملاک‌های ورود و اقرار به خشونت زناشویی به عنوان جامعه نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به شیوه هدفمند و از طریق طرح آزمایشی تک موردی از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خشونت علیه زوجین (حاج یحیی، ۲۰۰۹)، پرسشنامه فرسودگی زناشویی (پاینز، ۲۰۰۳) و پرسشنامه تمایل جنسی (هالبرت، ۱۹۹۲) استفاده شد. پکیج درمان (زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی) در ۱۲ جلسه مداخله و ۴ مرحله خط پایه در مورد تمام شرکت‌کننده‌ها اعمال شد. شرکت‌کنندگان قبل از شروع درمان و در جلسات ۴، ۸، ۱۲ و پیگیری ۴۵ روزه و ۳ ماهه توسط پرسشنامه‌های مذکور مورد تحلیل قرار گرفتند. پاسخ‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. نتایج نشان داد درصد بهبودی کلی زوج‌ها پس از مداخله زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی در پایان درمان و نیز در مراحل پیگیری ۴۵ روزه و ۳ ماهه در سطح معنی‌داری بود ($P < 0.05$). بنابراین رویکرد زوج‌درمانی باعث کاهش خشونت خانگی و فرسودگی زناشویی و افزایش نشانگان برانگیختگی جنسی زوج‌ها خواهد شد و نتایج پیگیری نیز حاکی از تداوم اثر این درمان در طول زمان بوده است.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۴/۲۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۶/۲۶

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴

* نویسنده مسئول: مسعود شهبازی

رایانامه: masoudshahbazi66@yahoo.com

مقدمه

می‌شود رضایت زناشویی نیز در این روابط کاهش پیدا کند. هم‌چنین پژوهش‌های مرتبط صورت گرفته نشان می‌دهد که هرچه میزان درگیری و خشونت بین زوج‌ها بالاتر باشد، زوج‌ها از نظر هیجانی و عاطفی از هم بیشتر فاصله گرفته و نزدیکی، تشابه و تداوم کمتری را تجربه می‌کنند (فیشر^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۲؛ اسلوت میچر و میگرود، ۲۰۲۰^{۱۷}؛ استیس^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۸؛ مک‌کولاف و روت^{۱۹}، ۲۰۱۵؛ سولر^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۲) و ابعاد خشونت می‌تواند کارکردهای خانواده را کاهش دهد (استیس و همکاران، ۲۰۱۹؛ چو و ویلک^{۲۱}، ۲۰۱۹؛ هالی پتی گروی^{۲۲}، ۲۰۱۳). افزایش آگاهی از خشونت بین زوج‌ها منجر به رشد نگرانی از پدیده‌های روان‌شناختی و زناشویی بسیاری شده است که حتی شاید نتیجه خشونت باشد. اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهد خشونت بین زوج‌ها موجب نارضایتی و اختلافات زناشویی در ابعاد مختلف در میان زوج‌ها می‌شود (چو و ویلک، ۲۰۱۹؛ تستا و لئونارد^{۲۳}، ۲۰۱۱). به همین دلیل بررسی این پدیده و پیامدهای روان‌شناختی و زناشویی که ممکن است به تبع آن میان زوج‌ها شکل گیرد، به طور فزاینده‌ای در میان آثار منتشر شده حوزه ازدواج جایگاه ویژه کسب کرده است (لیو^{۲۴} و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از این متغیرها سطح و میزان تمایلات جنسی زوجین است که از نشانه‌های سلامت جسم و روان است و باعث ایجاد حس لذت مشترک در بین زوجین می‌شود و توانایی فرد را برای مقابله کارآمدتر با استرس‌ها و مشکلات زندگی افزایش می‌دهد (تیمورپو^{۲۵} و همکاران، ۲۰۱۰). کاپلان و سادوک^{۲۶} (۲۰۱۵) معتقدند عوامل مختلفی از جمله عوامل فیزیولوژیک، آناتومیک، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی بر تمایلات، عملکرد، روابط و رفتار جنسی افراد تأثیرگذارند که از مهم‌ترین این عوامل، برانگیختگی جنسی^{۲۷} است که خود می‌تواند معلول فاکتورهای روان‌شناختی و زناشویی متعددی قرار گیرد (مکنزی^{۲۸}، ۲۰۱۸). برانگیختگی جنسی فرایند و حالتی است که در آن شخص آماده برای آمیزش جنسی می‌گردد یا مشتاق رابطه جنسی است (نابی^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۶). ایادی و خانجانی^{۳۰} (۲۰۰۷) عوامل روان‌شناختی نظیر همبستگی و میل دو طرفه، باورهای محافظه‌کارانه، فقدان افکار شهوانی و منفعل بودن زن طی فعالیت جنسی را از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم میل جنسی و برانگیختگی جنسی بر شمرده‌اند. در مطالعات مختلف نیز تأثیر عواملی از جمله احساسات نسبت به شریک زندگی، نگرش‌ها نسبت به فعالیت جنسی (مزینانی^{۳۱} و همکاران، ۲۰۱۳)، سن، تحصیلات پایین و تصور ذهنی از بدن و مراحل شکل‌گیری شخصیت و گرایش جنسی بر میل جنسی ثابت شده است (کاروالیو

خانواده با اهمیت‌ترین و بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی^۱ و عنصر پویای ساختارهای اجتماعی هر جامعه می‌باشد. بر این اساس، دستیابی به جامعه سالم، در گرو سلامت خانواده است و نیز تحقق سلامت خانواده، مشروط به سلامت‌روانی بین اعضای آن و داشتن روابط سالم و سازگار با یکدیگر به ویژه بین زوجین است (هاسون-اوهایون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). با این حال، در طول زندگی مشترک مسائل و تعارضات بسیاری ممکن است بین زوج‌ها رخ دهد و وضعیت روان‌شناختی آن‌ها را به گونه‌ای متأثر سازد که موجب از هم گسیختگی نظام خانواده گردد و مسیر را برای انواع درگیری‌های روانی و جسمی بین زوجین فراهم کند (پینگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). در خانواده‌هایی که میزان ناسازگاری بیشتر شود، میزان درگیری و خشونت^۴ نیز افزایش می‌یابد (پناباد^۵ و همکاران، ۲۰۲۳؛ دنگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). خشونت خانگی^۷ یکی از مسائل مهمی است که از دیدگاه‌های زیادی مورد توجه قرار گرفته است. خشونت همسران در همه‌ی کشورها و در همه‌ی گروه‌های اجتماعی، اقتصادی، مذهبی و فرهنگی رخ می‌دهد (چابرا^۸، ۲۰۱۸). شایع‌ترین نوع خشونت، خشونت اعمال شده توسط شریک زندگی است که از آن با عنوان خشونت شریک صمیمی^۹ (IPV) یاد می‌شود (کوکر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷). این خشونت دارای شکل‌های مختلفی مثل خشونت فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده عاطفی، کنترل کردن، ارباب، تعقیب کردن و محرومیت‌های اقتصادی می‌باشد (اکتا و راکشکومار^{۱۱}، ۲۰۱۶). نرخ گزارش خشونت خانگی در حوزه قضایی و فرهنگ متفاوت است، با این حال در همه کشورها و در همه گروه‌های اجتماعی - اقتصادی گزارش شده است (گولاتی و کلی^{۱۲}، ۲۰۲۰). مسائل مربوط به خشونت خانگی می‌تواند با چالش‌های بهداشت روانی شدید و قابل توجهی همراه باشد و البته امکان دارد چون الزاماً جایی طرح نمی‌شود، مورد توجه متخصصین قرار نگیرد و در نتیجه عوارض ناشی از آن و خود رفتار خشونت‌آمیز درمان نشوند (شارما^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). روی هم‌رفته، شواهد تجربی نشان داده که خشونت خانگی نتایج منفی روی کیفیت رابطه و هیجانات عاطفی و جنسی داشته است و رشد شخصی، بهره‌وری، نقش اقتصادی-اجتماعی و سلامت جسمی و سلامت روانی زوج‌ها را محدود می‌کند (ایسر^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش هاتلینگ و سوگرم^{۱۵} (۲۰۱۸) در رابطه با خشونت زناشویی و عوامل آن مشخص شد که یک رابطه مثبت بین افزایش اختلافات زناشویی و خشونت فیزیکی در روابط صمیمی وجود دارد. در ضمن در پی این اختلافات زناشویی میزان خشونت بیشتر اعمال شده و این خود موجب

17. Sloodmaeckers & Migerode
18. Stith
19. Root
20. Soler
21. Cho & Wilke
22. Haley Pettigrew
23. Testa & Leonard
24. Liu
25. Taimour pour
26. Kaplan & Sadock
27. sexual arousal
28. McKenzie
29. Nappi
30. Eiadi & Khanjani
31. Mazinani

1. social institution
2. Hasson-Ohayon
3. Peng
4. violence
5. Panabad
6. Deng
7. domestic violence
8. Chhabra
9. intimat partner violence
10. Coker
11. Ekta & Rakeshkumar
12. Gulati & Kelly
13. Sharma
14. Esere
15. Hoteling & Sugarman
16. Fischer

امروزه رویکردهای گوناگون زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی با هدف کاهش آشفتگی و تعارض ارتباطی، ناسازگاری، کاهش مشکلات جنسی و فرسودگی زناشویی میان زوجها به‌وجود آمده است و بیش از پیش به‌عنوان مداخله عمده بهداشت روانی شناخته شده‌اند (گورمن و جاکوبسون، ۲۰۱۵). یکی از جدیدترین راهبردها و رویکردهای مؤثر در این زمینه، زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی^{۱۴} (DVFCT) می‌باشد (پناباد، ۱۴۰۱). این درمان به دنبال متوقف‌سازی انواع مختلف خشونت‌خانگی می‌باشد و به زوجها این فرصت را می‌دهد که ضمن ادامه‌ی رابطه، به ارتقای تجربه و حس مثبت از طریق کاهش اضطراب و احساسات هیجانی منفی ارتباطی بپردازند و در نتیجه فاکتورهای کیفیت‌زناشویی در آنان افزایش یابد (گولاتی و کلی، ۲۰۲۰). هدف این نوع زوج‌درمانی از بین بردن تمام اشکال خشونت (عاطفی، جسمی، جنسی و تعقیب، ارباب و مزاحمت)، ترویج مسئولیت خود و بهبود روابط زناشویی می‌باشد. در این رویکرد زوج‌درمانی، درمان‌گر ابتدا یک چشم‌انداز کلی از یک رابطه‌ی سالم را به عنوان راهنما برای دوره‌ی درمان ترسیم می‌کند و هم‌چنین تمرکز ویژه‌ای بر مهارت‌های ایمنی دارد که شامل: آموزش درباره‌ی خشونت شریک صمیمی، توسعه‌ی برنامه‌های ایمنی و یادگیری روش مذاکره است (استیس و مک‌کالم، ۲۰۰۹). به طور کلی این روش درمان ضمن آموزش مهارت‌های فردی در زوجها به دنبال آموزش حل مسئله برای کاهش خشونت در زوجها می‌باشد و هر دو زوج در این برنامه درمانی به توان‌مندی‌های قابل ملاحظه‌ای دست می‌یابند (کیلهولتز و اسپنسر^{۱۵}، ۲۰۲۲؛ استیس و همکاران، ۲۰۱۹). این روش درمان در مقایسه با درمان‌های مشابه نتایج خوبی داشته است (اصلانی و همکاران، ۱۳۹۸). تحقیقات جدید نیز اثربخشی این درمان را به اثبات رسانده‌اند. استیس و همکاران (۲۰۱۹) این روش درمان را هم به صورت فردی و هم گروهی انجام دادند و نتایج تأثیر مثبت را در کاهش خشونت، و افزایش صمیمیت عاطفی نشان داد. هم‌چنین پژوهش‌های اسلوت میچر و میگرود (۲۰۲۰)، و استیس و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از اثربخشی این رویکرد درمانی در کاهش ناسازگاری‌های زناشویی بوده است. پژوهش کلاوس^{۱۶} (۲۰۰۹) در رابطه با اثربخشی این مداخله زوج‌درمانی نیز نشان داد که ایمن رویکرد به‌طور مؤثری موجب کاهش مشکلات و تعارضات زناشویی و ارتباطی و علائم فرسودگی زوجین شده است. نتایج پژوهش هالی پتی گروی (۲۰۱۳) نشان داد که این رویکرد در زوج‌هایی که تجربه خشونت داشته‌اند مؤثر می‌باشد و در ضمن تمام اجزاء مداخله در توسعه آگاهی شرکت‌کنندگان مؤثر بوده است. نتایج پژوهش استیس، مک‌کالم^{۱۷} و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان‌دهنده این بود که شرکت در جلسات این درمان هم به صورت انفرادی و هم به‌صورت گروهی بر زوجها تأثیر مثبت داشته است و باعث کاهش قابل توجه ابعاد خشونت علیه شریک صمیمی و افزایش رضایت زناشویی و نزدیکی عاطفی شده است. در داخل کشور نیز اصلانی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی اثربخشی این مداخله درمانی

و نوبره^۱، ۲۰۱۰). شواهد جدید پژوهشی نیز اثبات‌کننده رابطه دو طرفه بین مشکلات زناشویی و مشکلات جنسی هستند. در واقع میزان تعارضات، درگیری‌ها، مشاجرات و کشمکش خانوادگی بیشتر می‌تواند روی فرآیندهای ذهنی و روان‌شناختی زوجها اثر منفی داشته و از برانگیختگی یا تحریک شدن جنسی آن‌ها جلوگیری به عمل آورد (چیورز^۲، ۲۰۱۸). پژوهش سولر و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که هر چه میزان درگیری و خشونت بین زوجها بالاتر باشد، از نظر هیجانی و عاطفی، تشابه و تداوم کمتری را تجربه می‌کنند که به‌شدت روی تمایلات و گرایش‌های جنسی زوجها نسبت به یک‌دیگر اثر منفی می‌گذارد (گورمن و جاکوبسون^۳، ۲۰۱۵). آکتاس^۴ و همکاران (۲۰۱۸) اذعان داشتند که زنان دارای تجربه‌ی ناسازگاری و دلزدگی، به صورت مستمر سطوح پایین‌تری از رضایت و صمیمیت و مشکلات عاطفی، جنسی و روانی را گزارش کرده‌اند. از سوی دیگر، مشکلات، ناپه‌انجاری‌ها، نارضایتی‌ها و ناکارآمدی‌های زناشویی که در میان زوجین و در رابطه عاطفی وجود دارد، موجب افزایش تنش‌ها و اختلافات شده و به تدریج موجب شکاف و ناسازگاری بیشتر بین همسران و سوق دادن آن‌ها به سمت طلاق عاطفی، دلزدگی و فرسودگی زناشویی^۵ می‌شود (روتلیج^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). فرسودگی^۷ به معنای خستگی جسمی، هیجانی و ذهنی است و از نبود هماهنگی میان واقعیت موجود و آن چه مورد انتظار فرد بوده است، پدید می‌آید (لینگرن^۸، ۲۰۰۳؛ به نقل از سدیری^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). فرسودگی زناشویی با علائم جسمانی از قبیل خستگی، کاهش انرژی، سردرد و شکایت‌های جسمی و روانی‌تنی و علائم عاطفی از قبیل ناامیدی، بی‌معنایی، احساس گیر کردن و افسردگی و هم‌چنین علائم روانی به شکل کاهش خودباوری، نظر منفی نسبت به همسر، احساس یأس و سرخوردگی مشخص می‌شود (پاینز و نانز^{۱۰}، ۲۰۱۱). به طور کلی بسیاری از زوجها از مشکلات زناشویی رنج می‌برند، اما با این وجود از مطرح نمودن و صحبت کردن در مورد آن احساس شرم و گناه می‌نمایند، از طرفی تحقیقات زیادی به بروز خشونت‌های زناشویی در بین زوجها و تأثیر آن بر مشکلات و تعارضات زناشویی اشاره کرده‌اند که به تدریج شکاف بین همسران را تقویت و موجب دلزدگی و فرسودگی زناشویی در بین آن‌ها می‌شود (مون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰) و این مسائل وضعیت روان‌شناختی آنان را به گونه‌ای متأثر می‌سازد که موجب از هم گسیختگی نظام خانواده آن‌ها می‌گردد (روتلیج و همکاران، ۲۰۱۸). تحقیقات صورت گرفته در حوزه خانواده به فرسودگی زناشویی را نشان می‌دهند (مون و همکاران، ۲۰۲۰؛ پترسون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۸؛ برینان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۷؛ جعفری‌منش و زهراکار، ۱۳۹۹؛ آری‌فر و رسولی، ۱۳۹۸). از این‌رو خانواده‌ها و زوج‌های ایرانی که به‌عنوان پیکرده خانواده تلقی می‌شوند بیش از هر زمان دیگری به پژوهش و درمان‌های کوتاه‌مدت و راهبردهای علمی در این زمینه نیازمند هستند.

10. Pines & Nunes
11. Moon
12. Peterson
13. Brennan
14. Domestic Violent Focused Couple Therapy (DVFCT)
15. Keilholtz & Spencer
16. Claus
17. MC-Colloum

1. Carvalho & Nobre
2. Chivers
3. Gurman & Jacobson
4. Aktas
5. marital burnout
6. Rutledge
7. burnout
8. Lingren
9. Sediri

تمام ابزارهای پژوهش (پرسشنامه خشونت علیه زوجین، مقیاس تمایل جنسی، پرسشنامه فرسودگی زناشویی) روی آن‌ها اجرا شد. زوج‌های دیگر هم به تناسب طرح پژوهشی مورد سنجش خط پایه قرار گرفتند. سپس درمان به مدت ۱۲ جلسه هفتگی (یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته) برای آزمودنی‌ها ارائه شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، در جلسه دوم زوج اول، زوج دوم وارد طرح درمان شدند و به همین ترتیب در جلسه سوم زوج اول و جلسه دوم زوج دوم، طرح درمان در مورد زوج سوم آغاز شد. تمامی پرسشنامه‌ها در جلسات ۴، ۸، ۱۲ و بلافاصله پس از اتمام درمان تکمیل شدند. در پایان نیز به‌منظور سنجش پایدار بودن اثر درمان، دو مرحله پیگیری ۴۵ روزه و ۳ ماهه اجرا گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل اقرار به وجود خشونت در رابطه زناشویی، علاقه و رغبت افراد جهت شرکت در پژوهش، حداقل داشتن یک سال زندگی مشترک با همسر، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال، عدم دریافت روان‌درمانی هم‌زمان و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، دارا بودن اختلال حاد سایکوتیک بنا به تشخیص روان‌شناس و مصاحبه بالینی به‌عمل‌آمده، شرکت هم‌زمان در درمان‌های دیگر و دارا بودن مشکلات جسمانی مزمن و ممکن نبودن پیگیری فرد طی مراحل مداخله بود. اصول اخلاقی پژوهش شامل راز داری و حفظ حریم خصوصی اشخاص و خروج داوطلبانه از پژوهش بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه خشونت علیه زوجین^۵ (VTWQ): پرسشنامه خشونت علیه زوجین توسط حاجی یحیی^۶ (۲۰۰۹) ساخته شده است. این پرسشنامه از چند پرسشنامه دیگر اقتباس شده است (پرسشنامه مقیاس تکنیک تعارض CTS استراوس^۷ (۱۹۷۹)، پرسشنامه خشونت روان‌شناختی زن‌ها تولمن^۸ (۱۹۹۹)، سنجش آزارگری رادنبرگ و فانتوزو^۹ (۱۹۹۳)، شاخص همسرآزاری هودسن و مک‌ایننتوش^{۱۰} (۱۹۸۱) و پرسشنامه رفتارهای خشونت‌ناهنجاری و کمپابل^{۱۱} (۱۹۹۲)). پرسشنامه مذکور شامل ۳۲ ماده می‌باشد و چهار عامل خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی را مورد سنجش قرار می‌دهد. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که به گزینه‌های (هرگز) (یک بار) و (دو بار بیشتر) به ترتیب نمرات ۱، ۲ و ۳ اختصاص داده می‌شود. دامنه نمره‌های این پرسشنامه بین ۳۲ تا ۹۶ می‌باشد (اصلاتی و همکاران، ۱۳۹۸). حاجی یحیی (۲۰۰۹) در پژوهش خود به منظور بررسی روایی این پرسشنامه، همبستگی‌های بین هریک از خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را با نمره کل پرسشنامه محاسبه کرد و نتایج نشان داد که خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه دارای همبستگی معنی‌دار با نمره کل ابزار می‌باشد (۰/۵۴ تا ۰/۸۸). به علاوه، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای چهار عامل خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ به‌دست آمد. به‌علاوه، در پژوهش غضنفری (۱۳۸۹) پایایی این ابزار با استفاده از روش

را بر خشونت علیه زنان در زوجین ناسازگار مورد بررسی قرار دادند و یافته‌ها نشان داد که این مداخله زوج‌درمانی بر کاهش خشونت و افزایش سازگاری اثر معنی‌داری داشته است. نتایج پژوهش پناباد (۱۴۰۱) نیز اثربخشی معنی‌دار زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی را بر کاهش خشونت زناشویی، ناسازگاری زناشویی و افزایش سلامت روان و صمیمیت جنسی زوج‌های دارای ناسازگاری نشان داده است. به‌طور کلی و با توجه به آن چه گفته شد خشونت زناشویی، برانگیختگی جنسی و فرسودگی زناشویی از جمله متغیرها و پدیده‌هایی هستند که امروزه زوجین بسیاری درگیر آن‌ها هستند و از دلایل اصلی تعارضات زناشویی و طلاق عاطفی زوجین بوده و در صورت عدم چاره‌اندیشی و درمان روان‌شناختی آن‌ها، زمینه برای طلاق رسمی زوجین فراهم می‌شود (ربیعی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، شواهد گسترده‌ای در رابطه با اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی (DVFCT) در کاهش مشکلات زناشویی در جوامع دیگر وجود دارد، در حالی که در جامعه ما کمبود استفاده از این مداخله در تحقیقات زوج‌درمانی کاملاً محسوس است و تعداد بسیار کمی پژوهش در رابطه با این روش درمانی بر متغیرهای پژوهش انجام گرفته است و همچنین در مطالعات صورت گرفته نیز فقط یکی از زوجین در پژوهش شرکت داده شده است؛ از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی (DVFCT) بر خشونت زناشویی، نشانگان برانگیختگی جنسی و فرسودگی زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی تک موردی^۲ از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهم‌زمان^۳ است. طرح خط پایه چندگانه بر دو یا بیش از دو رفتار مختلف در یک فرد، یک رفتار معین در دو یا بیش از دو فرد و یا رفتاری که توسط یک فرد در محیط‌های مختلف نشان داده می‌شود، تمرکز می‌کند (جوهانسون و کریستسون^۴، ۲۰۰۴). به طور کلی طرح خط پایه چندگانه، شامل کاربرد یک موقعیت مداخله در دو یا چند خط پایه مختلف در یک مدل زمانی پلکانی است. در واقع در این طرح ابتدا داده‌های خط پایه برای هر تعداد شرکت‌کننده پژوهش گردآوری و سپس مداخله برای شرکت‌کننده اول آغاز می‌شود در صورتی که شرکت‌کننده‌های دیگر همچنان در موقعیت خط پایه قرار دارند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوج‌های داوطلب دارای مشکلات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بود. در آغاز برای شناسایی زوج‌های ناسازگار و دارای مشکلات زناشویی، یک فراخوان برای برگزاری زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی در مراکز مشاوره شهر اهواز ارائه شد و سپس بر اساس این فراخوان و تمایل زوج‌ها برای شرکت در این درمان، پس از گرفتن مصاحبه تشخیصی^۳ زوج (۶ نفر) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. برای اجرای روش مداخله‌ای ابتدا زوج اول وارد طرح درمان شدند و در هر مرحله خط پایه،

7. Strauss
8. Tolman
9. Fantozo & Radenberg
10. Hudson & McIntuse
11. Shepar & Kampebel

1. Rabiee
2. single case
3. non concurrent multiple baseline designs
4. Johanson & Christenson
5. Violence Against Couples Questionnaire (VACQ)
6. Haj-Yahya

نمره کل مقیاس می‌باشند (۰/۵۴ تا ۰/۸۸) (حاجیان و نائینیان، ۱۳۹۹). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد.

پرسشنامه فرسودگی زناشویی^۳ (MBQ): پرسشنامه فرسودگی زناشویی به وسیله پاینز (۲۰۰۳) ساخته شده است و شامل ۲۱ گویه است. آزمونی به گویه‌های این پرسشنامه در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از (به صورت هرگز نمره ۱ تا همیشه نمره ۷) پاسخ می‌دهد. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده فرسودگی زناشویی بیشتر فرد است و بر عکس کسب نمره پایین نشان دهند میزان فرسودگی زناشویی کمتر می‌باشد. در پژوهش پاینز (۱۹۹۸) ضریب اطمینان آزمون-بازآزمون برای یک دوره یک ماهه، ۰/۸۹، برای دوره دو ماهه ۰/۷۶ و برای دوره چهار ماهه ۰/۶۶ به‌دست آمد. علاوه بر این، روایی این پرسشنامه به وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده اسن (جعفری منش و زهراکار، ۱۳۹۹). نسخه‌های ترجمه شده این پرسش‌نامه به‌طور موفقیت‌آمیزی در مطالعات بین فرهنگی در نروژ، مجارستان، مکزیک، اسپانیا، پرتغال و فنلاند استفاده شده است (پاینز و نانز، ۲۰۰۳). در ایران نیز مرشدی و همکاران (۱۳۹۴) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در پژوهش خود، روی نمونه ۲۴۰ نفری (۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم) برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۶ گزارش کرده است که ضریب پایایی بالایی محسوب می‌شود. و روایی محتوایی این پرسشنامه را با مراجعه به نظر متخصصین رشته مشاوره خانواده تأیید کردند. همچنین ضریب پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۳) در نمونه‌ای کارکنان متأهل به شیوه آلفای کرونباخ برای نمره کل این پرسشنامه ۰/۹۰ به‌دست آمد (آرین‌فر و رسولی، ۱۳۹۸). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

آموزش زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی: مدت هر یک از جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی (DVFACT) ۹۰ دقیقه بود که در ۱۲ جلسه و هفته‌ای یک بار توسط فرد واجد صلاحیت و آشنا با برنامه مداخله‌ای پژوهش اجرا شد.

آلفای کرونباخ و تنصیف به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۶ گزارش شد و روایی محتوایی این مقیاس را نیز طبق نظر متخصصین مشاوره و روان‌شناسی مطلوب گزارش کردند. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۳ محاسبه شد.

مقیاس تمایل جنسی^۱ (SDS): در این پژوهش برای سنجش نشانگان برانگیختگی جنسی، از مقیاس تمایل جنسی ساخته هالبرت^۲ (۱۹۹۲) استفاده شد. این مقیاس ۲۵ ماده دارد که میزان تمایل جنسی آزمودنی را مورد سنجش قرار می‌دهد. گویه‌های مقیاس تمایل جنسی به وسیله درمان‌گران در امور بالینی برای سنجش رابطه زناشویی و پژوهش‌های علمی به‌طور گسترده استفاده می‌شود. هر گویه این مقیاس از طریق طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (صفر= «همیشه» همواره چنین تمایلی دارم، ۱= «اکثراً» اکثر اوقات چنین تمایلی دارم، ۲= «گاهی» گاهی اوقات چنین تمایلی دارم، ۳= «کمتر» کمتر چنین تمایلی دارم، ۴= «هرگز» هرگز چنین تمایلی ندارم). بنابراین نمره این مقیاس با جمع نمره‌های ۲۵ ماده به‌دست می‌آید. کمینه و بیشینه نمره تمایل جنسی، بین صفر تا ۱۰۰ است که نمره بالا حاکی از میزان زیاد برانگیختگی و تمایل جنسی در آزمودنی‌ها است و بر عکس کسب نمره پایین‌تر نشان‌دهنده برانگیختگی و تمایل جنسی پایین آزمونی می‌باشد. هالبرت (۱۹۹۲) پایایی مقیاس تمایل جنسی را به شیوه آزمون-باز آزمون ۰/۸۶٪ و به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آورد که در سطح رضایت بخشی قرار دارد. هم‌چنین برای بررسی روایی این مقیاس ضریب همبستگی ماده‌های این مقیاس با نمره کل محاسبه و نتایج نشان داد که هر یک از ماده‌های این مقیاس دارای همبستگی معنی‌دار با نمره کل دارند و در سطح (P < ۰/۰۰۱) معنی‌دار می‌باشند. در پژوهش حاجیان و نائینیان (۱۳۹۹) روی نمونه‌ای از زنان، پایایی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ (۰/۸۰) به‌دست آمده که دال بر پایایی مطلوب این مقیاس می‌باشد. به علاوه به منظور بررسی روایی، همبستگی‌های بین هر یک از ماده‌های این مقیاس با نمره کل مقیاس محاسبه و نتایج نشان داد که ماده‌ها دارای همبستگی معنی‌دار با

جدول ۱: محتوای جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی (استیس و همکاران، ۲۰۱۱)

اجرا	هدف	جلسه
در ابتدا معارفه و صحبت درباره شرایط عمومی و سابقه زندگی خانوادگی، ادامه جلسه به‌صورت انفرادی جهت بررسی علت مراجعه تنها با یکی از زوجها ادامه یافت.	معارفه، اجرای پیش‌آزمون	اول: بررسی مشکل (جلسه جداگانه جنسیتی)
استفاده از پرسش معجزه‌گر، ایجاد منبع امید برای آینده.	ایجاد امید برای آینده	دوم: پی‌ریزی برای زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی و تعریف معجزه (حضور همزمان زوجین)
بحث پیرامون شناسایی انواع خشونت	شناسایی اشکال متنوع خشونت (فیزیکی، روانی، عاطفی، اجتماعی، مالی و ...)	سوم: خشونت علیه شریک صمیمی

3. Marital Burnout Questionnaire (MBQ)

1. Sexual Desire Scale (SDS)
2. Hurlbert

<p>این جلسه دارای دو بخش است. بخش اول: آموزش یک نوع مراقبه یا ذهن‌آگاهی است که به مراجع در خودآگاهی و تجارب شناختی کمک می‌کند. بقیه جلسه کار، مراجع برای آموزش برنامه ایمنی برای خود و خانواده می‌باشد.</p>	<p>آموزش مهارت‌هایی به مراجع برای مواجهه با خشونت</p>	<p>چهارم: ذهن‌آگاهی و برنامه‌ریزی امنیتی</p>
<p>ابتدا جلسه جداگانه جنسیتی اجرا می‌شود. تکنیک مذاکره توقف زمان هم اجرا می‌شود. بعد جلسات مشترک برگزار می‌شود. در ادامه جلسه شیوه حل تعارض به روش گاتمن اجرا می‌شود.</p>	<p>آموزش نظارت بر علائم تشدیدکننده خشونت، ارائه فرصت به شریک جهت بحث، آموزش مهارت حل مسئله</p>	<p>پنجم: تعدیل و آموزش تکنیک مذاکره</p>
<p>نمودار عدم تعادل روابط در نتیجه سوء مصرف مواد ترسیم شد و از مراجع خواسته شد در مورد سوء مصرف مواد و زندگی بحث کند(تمرین پنجره‌ی آگاهی و تمرین برنامه‌ریزی برای آینده).</p>	<p>آشنایی مراجع با اثرات مصرف مواد در زندگی</p>	<p>ششم: سوءمصرف (در این پژوهش جزء ملاک خروج بوده است و این جلسه حذف شد)</p>
<p>مرحله دوم درمان به صورت حضور مشترک زوجین بود. در ابتدا قرارداد عدم خشونت را هر دو امضا کردند. گام اول کنترل فردی بود. هر دو زوج به صورت جداگانه با درمان‌گر ملاقات کرده و در مورد موفقیت‌ها یا تکرار خشونت در هفته گذشته سؤال پرسیده شد، در صورت نبود مشکل وارد موقعیت ذهن‌آگاهی می‌شدند (۱۰ دقیقه ذهن‌آگاهی). طی جلسه مشترک هر عاملی (ترس، خشم، اضطراب، خشونت) که امنیت مراجع را به خطر اندازد جلسه متوقف می‌شد و مهارت مرحله یک با توجه به نوع مشکل جداگانه روی هر زوج اجرا می‌شد.</p>	<p>درمان مشترک</p>	<p>جلسه هفت تا دوازده: مرحله ۲: درمان مشترک</p>

یافته‌ها

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های معنی‌داری بالینی استفاده شده است. معنی‌داری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است اطلاق می‌گردد و از بین رویکردهای آن دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی‌داری بالینی که عبارت از رویکرد (شاخص تغییر پایا) می‌باشد. هم‌چنین برای تجزیه تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، بهبود تشخیصی و شاخص شش‌گانه کارایی نیز استفاده شد. جدول ۲ و نمودار ۱ نمره‌های زوجین را در متغیر خشونت خانگی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی نشان می‌دهد.

ویژگی‌های توصیفی مراجعین به این شرح است: زوج اول: زن ۲۸ ساله با تحصیلات دیپلم، تعداد فرزند ۲، طول مدت ازدواج ۶ و عدم اقدام به طلاق و سابقه روان‌درمانی و مشاوره و همسر وی ۳۵ ساله با تحصیلات دیپلم بوده است. زوج دوم: زن ۳۱ ساله با تحصیلات دیپلم، تعداد فرزند ۲، طول مدت ازدواج ۹ و عدم اقدام به طلاق و سابقه روان‌درمانی و مشاوره و همسر وی ۳۲ ساله با تحصیلات کارشناسی بوده است. زوج سوم: زن ۲۷ ساله با تحصیلات فوق دیپلم، تعداد فرزند ۱، طول مدت ازدواج ۵ و عدم اقدام به طلاق و سابقه روان‌درمانی و مشاوره و همسر وی ۲۸ ساله با تحصیلات کارشناسی بوده است.

جدول ۲: روند تغییر مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی زوجین در متغیر خشونت خانگی

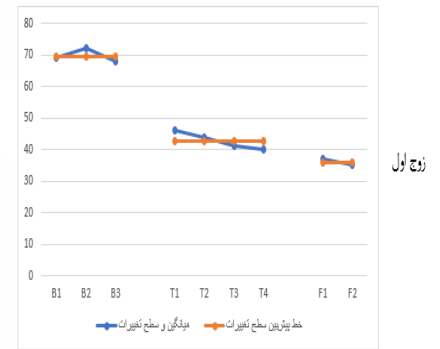
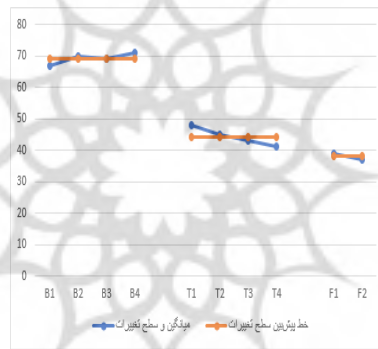
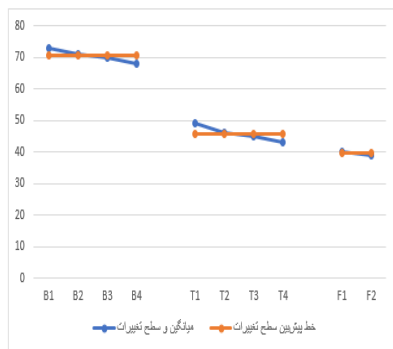
زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی			گروه درمانی
زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	مراحل درمان
خط پایه			
۷۳	۶۷	۶۹	B1- خط پایه اول
۷۱	۷۰	۷۲	B2- خط پایه دوم
۷۰	۶۹	۶۸	B3- خط پایه سوم
۶۸	۷۱	-	B4- خط پایه چهارم
۷۰/۵۰	۶۹/۳۵	۶۹/۶۷	میانگین مرحله خط پایه

جلسات

۴۹	۴۸	۴۶	T1- جلسه اول
۴۶	۴۵	۴۴	T2- جلسه دوم
۴۵	۴۳	۴۱	T3- جلسه سوم
۴۳	۴۱	۴۰	T4- جلسه چهارم
۴۵/۷۵	۴۴/۲۵	۴۲/۷۵	میانگین مرحله درمان
۱۹/۹۳	۲۰/۱۴	۲۱/۳۳	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۷/۰۹	۲۷/۶۴	۲۸/۱۹	درصد بهبودی پس از درمان
	۲۷/۶۴		درصد بهبودی کلی پس از درمان

پیگیری

۴۰	۳۹	۳۷	F1- پیگیری اول (۴۵ روز)
۳۹	۳۷	۳۵	F2- پیگیری دوم (۳ ماه)
۳۹/۵	۳۸	۳۶	میانگین مرحله پیگیری
۲۱/۱۶	۲۱/۸۴	۲۲/۴۷	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۳۱/۷۴	۳۲/۳۷	۳۲/۶۵	درصد بهبودی پس از پیگیری
	۳۲/۲۵		درصد بهبودی کلی پس از پیگیری



نمودار ۱: روند تغییر نمره‌های خشونت خانگی زوجین در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های خشونت خانگی هر سه گروه زوجین در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. هم‌چنین براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه^۱ (فیشر^۲ و همکاران، ۲۰۰۳)، به دلیل بالا بودن همه نقطه داده‌های ترسیم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در هر سه گروه، تغییر به‌دست آمده در این دو سه گروه غیر تصادفی، نتیجه مداخله درمانی و معنی‌دار است. مقدار شاخص تغییر پایا به‌دست آمده برای زوجین گروه اول در مرحله بعد از درمان ۲۱/۳۳ و در مرحله پیگیری ۲۲/۴۷ است ($p < 0.05$). درصد بهبودی بعد از درمان ۲۷/۰۹ و پس از پیگیری ۳۱/۷۴ است. بنابراین، بر اساس درصد بهبودی کلی این زوجین در مرحله درمان (۲۷/۶۴) و پیگیری (۳۲/۲۵)، می‌توان گفت که میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد^۳ (پاپن^۴، ۱۹۸۹؛ به نقل از امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۳) در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد و به‌طورکلی حاکی از موفقیت زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی در بهبود خشونت خانگی زوجین است. جدول ۳ و نمودار ۲ نمره‌های زوجین را در متغیر نشانگان برانگیختگی جنسی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی نشان می‌دهد.

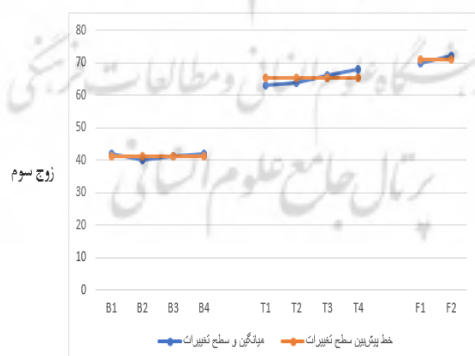
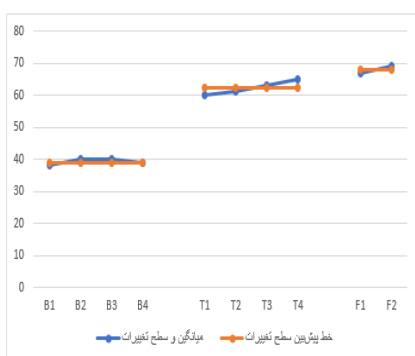
همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های خشونت خانگی هر سه گروه زوجین در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. هم‌چنین براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه^۱ (فیشر^۲ و همکاران، ۲۰۰۳)، به دلیل بالا بودن همه نقطه داده‌های ترسیم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در هر سه گروه، تغییر به‌دست آمده در این دو سه گروه غیر تصادفی، نتیجه مداخله درمانی و معنی‌دار است. مقدار شاخص تغییر پایا به‌دست آمده برای زوجین گروه اول در مرحله بعد از درمان ۲۱/۳۳ و در مرحله پیگیری ۲۲/۴۷ است ($p < 0.05$). درصد بهبودی بعد از درمان ۲۷/۰۹ و پس از پیگیری ۳۱/۷۴ است. بنابراین، بر اساس درصد بهبودی کلی این زوجین در مرحله درمان (۲۷/۶۴) و پیگیری (۳۲/۲۵)، می‌توان گفت که میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد^۳ (پاپن^۴، ۱۹۸۹؛ به نقل از امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۳) در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد و به‌طورکلی حاکی از موفقیت زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی در بهبود خشونت خانگی زوجین است. جدول ۳ و نمودار ۲ نمره‌های زوجین را در متغیر نشانگان برانگیختگی جنسی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی نشان می‌دهد.

3. Blanchard's category
4. Poppen

1. conservative dual criterion
2. Fisher

جدول ۳: روند تغییر مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی زوجین در متغیر نشانگان برانگیختگی جنسی

زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی			گروه درمانی
زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	مراحل درمان
خط پایه			
۳۸	۴۲	۳۹	B1- خط پایه اول
۴۰	۴۰	۳۸	B2- خط پایه دوم
۴۰	۴۱	۴۰	B3- خط پایه سوم
۳۹	۴۲	-	B4- خط پایه چهارم
۳۹/۲۵	۴۱/۲۵	۳۹	میانگین مرحله خط پایه
جلسات			
۶۰	۶۳	۶۶	T1- جلسه اول
۶۱	۶۴	۶۷	T2- جلسه دوم
۶۳	۶۶	۶۸	T3- جلسه سوم
۶۵	۶۸	۷۰	T4- جلسه چهارم
۶۲/۲۵	۶۵/۲۵	۶۷/۲۵	میانگین مرحله درمان
۲۳/۸۱	۲۳/۳۹	۲۴/۲۶	شاخص تغییر پایا (درمان)
۴۵/۸۹	۴۷/۳۶	۴۸/۹۳	درصد بهبودی پس از درمان
	۴۷/۳۹		درصد بهبودی کلی پس از درمان
پیگیری			
۶۷	۷۰	۶۹	F1- پیگیری اول (۴۵ روز)
۶۹	۷۲	۷۱	F2- پیگیری دوم (۳ ماه)
۶۸	۷۱	۷۰	میانگین مرحله پیگیری
۲۴/۸۳	۲۵/۰۹	۲۶/۵۸	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۵۲/۰۶	۵۲/۸۱	۵۳/۷۲	درصد بهبودی پس از پیگیری
	۵۲/۸۶		درصد بهبودی کلی پس از پیگیری



نمودار ۲: روند تغییر نمره‌های متغیر نشانگان برانگیختگی جنسی زوجین در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

زوجین گروه اول در مرحله بعد از درمان ۲۴/۲۶ و در مرحله پیگیری ۲۶/۵۸ است ($p < 0.05$). درصد بهبودی بعد از درمان ۴۸/۹۳ و پس از پیگیری ۵۳/۷۲ است. علاوه بر این که میانگین و سطح نمره‌های نشانگان برانگیختگی جنسی زوجین گروه دوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه بهبود پیدا کرده است، زوجین گروه دوم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارد. هم‌چنین، با توجه به این که مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست آمده زوجین گروه دوم در مرحله پس از درمان ۲۳/۳۹ و در مرحله

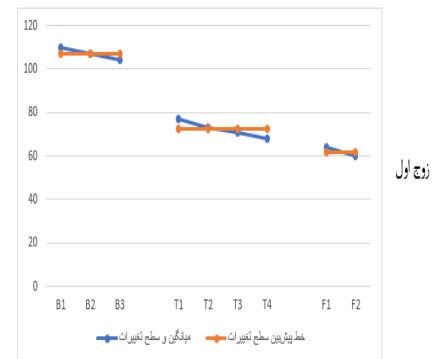
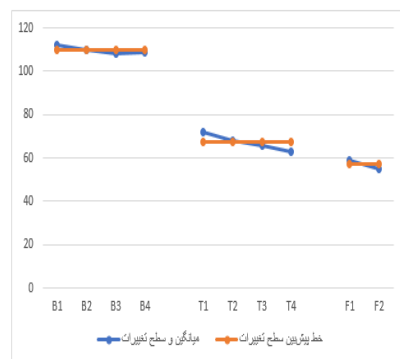
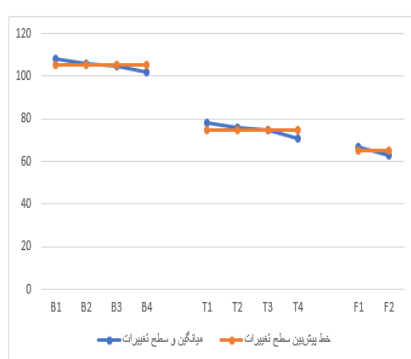
همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های نشانگان برانگیختگی جنسی زوجین هر سه گروه زوجین در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه بهبود پیدا کرده است. هم‌چنین براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳)، به دلیل بالا بودن همه نقطه داده‌های ترسیم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در هر سه گروه، تغییر به‌دست آمده در این سه گروه غیر تصادفی و نتیجه مداخله درمانی و معنی‌دار است. هم‌چنین مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست آمده برای

زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۳) در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی در بهبود نشانگان برانگیختگی جنسی زوجین است. جدول ۴ و نمودار ۳ نمره‌های زوجین را در فرسودگی زناشویی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی نشان می‌دهد.

پیگیری ۲۵/۰۹ است، این دو مقدار در سطح آماری $p < 0/05$ معنی‌دار هستند. درصد بهبودی این گروه نیز در پس از درمان ۴۷/۳۶ و در مرحله پیگیری ۵۲/۸۱ است. هم‌چنین مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست آمده برای زوجین گروه سوم در مرحله بعد از درمان ۲۳/۸۱ و در مرحله پیگیری ۲۴/۸۳ است ($p < 0/05$). درصد بهبودی بعد از درمان ۴۵/۸۹ و پس از پیگیری ۵۲/۰۶ است. بنابراین، بر اساس درصد بهبودی کلی این زوجین در مرحله درمان (۴۷/۳۹) و پیگیری (۵۲/۸۶)، می‌توان گفت که میزان اثربخشی

جدول ۴: روند تغییر مراحل زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی زوجین در متغیر فرسودگی زناشویی

زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی			گروه درمانی
زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	مراحل درمان
خط پایه			
۱۰۸	۱۱۲	۱۱۰	B1- خط پایه اول
۱۰۶	۱۱۰	۱۰۷	B2- خط پایه دوم
۱۰۵	۱۰۸	۱۰۴	B3- خط پایه سوم
۱۰۲	۱۰۹	-	B4- خط پایه چهارم
۱۰۵/۲۵	۱۰۹/۷۵	۱۰۷	میانگین مرحله خط پایه
جلسات			
۷۸	۷۲	۷۷	T1- جلسه اول
۷۶	۶۸	۷۳	T2- جلسه دوم
۷۵	۶۶	۷۱	T3- جلسه سوم
۷۱	۶۳	۶۸	T4- جلسه چهارم
۷۵	۶۷/۲۵	۷۲/۲۵	میانگین مرحله درمان
۲۷/۳۳	۲۹/۲۶	۲۸/۵۷	شاخص تغییر پایا (درمان)
۳۶/۳۱	۴۴/۴۲	۳۸/۲۸	درصد بهبودی پس از درمان
	۳۶/۶۷		درصد بهبودی کلی پس از درمان
پیگیری			
۶۷	۵۹	۶۴	F1- پیگیری اول (۴۵ روز)
۶۳	۵۵	۶۰	F2- پیگیری دوم (۳ ماه)
۶۵	۵۷	۶۲	میانگین مرحله پیگیری
۲۹/۹۴	۳۱/۲۳	۳۰/۷۱	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۴۰/۰۹	۴۹/۹۶	۴۲/۳۶	درصد بهبودی پس از پیگیری
	۴۴/۱۴		درصد بهبودی کلی پس از پیگیری



نمودار ۳: روند تغییر نمره‌های متغیر فرسودگی زناشویی زوجین در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی

تحقیقات نشان داده که زوجها بعد از ورود به این مداخله درمانی به خصوص در مرحله (یک) که مهارت‌ها آموزش داده می‌شود، از جمله تکنیک وقفه زمانی، تکنیک‌های گفتگوی سالم، حل تعارضات و حل مسئله، از میان فرم‌های خشونت، خشونت فیزیکی اولین نوع خشونت است که از رابطه حذف می‌شود و به دنبال آن انواع خشونت‌ها به مرور، کم‌رنگ‌تر می‌شوند و کاهش می‌یابند (استیس و همکاران، ۲۰۱۲). به طور کلی این روش درمانی ضمن آموزش مهارت‌های فردی در زوجها، به دنبال آموزش حل مسئله برای کاهش خشونت در زوجها می‌باشد و هر دو زوج در این برنامه درمانی به توانمندی‌های قابل ملاحظه‌ای دست می‌یابند که طی آن هر فرد بتواند توانایی‌های بالقوه خویش را تحقق بخشد، با استرس‌های معمول در زندگی مقابله کند، به شکل مثرم‌تر و سازنده‌ای به کار و فعالیت بپردازد و در زندگی نقش مؤثری ایفا کند. به علاوه، در این رویکرد زوج‌درمانی در کنار تلاش برای ارتقای تجربه و حس مثبت بین زوجها (استیس و همکاران، ۲۰۱۹) در سراسر این برنامه‌درمانی به مراجعان کمک می‌شود تا مسئولیت رفتار خود را بپذیرند (اصلائی و همکاران، ۱۳۹۸) و به هر کدام از طرفین کمک می‌شود تا نقش خود در پایان دادن به خشونت و بهبود رابطه را بپذیرند و از این طریق از نظر هیجانی و عاطفی بیشتر به هم نزدیک شده و تشابه و تداوم بیشتری را تجربه کنند (استیس و همکاران، ۲۰۱۲) و به تبع آن سازگاری، رضایت و کیفیت زناشویی بالاتری را داشته باشند.

یکی از آموزش‌های ارائه شده در زوج‌درمانی، ذهن آگاهی است که به مراجع در خودآگاهی و تجارب شناختی کمک می‌کند. ذهن آگاهی به عنوان فرایندی که دربردارنده توجه کردن به زمان حال به شیوه خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است می‌تواند نقش مؤثری در کنترل خشم داشته باشد (کاستیلی و تسیو، ۲۰۱۶). ذهن آگاهی فنی برای فهمیدن گذشته یا تصحیح راه‌های غلط تفکر در گذشته نبوده، بلکه با توجه نسبت به محرک‌های زیربنایی شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به آگاهی نسبت به مضامین نهفته زندگی کمک می‌کند. به این ترتیب در فرایند ذهن آگاهی فرد با نگرشی به دور از قضاوت یا سرزنش به این موضوع پی می‌برد که هیجانات مرکب از افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه هستند. در مرتبه دوم، فرد یاد می‌گیرد که هیجاناتی مانند خشم، اغلب نشانه‌های عمیق و وسیعی از ناکارآمدی نحوه برقراری ارتباط ما با خودمان، دیگران و دنیا هستند و اینکه هیجانات اطلاعات درونی و بیرونی را اعلام می‌کنند و علامتی هستند که فقط باید در این لحظه بدون قضاوت و یا سرزنش مشاهده شوند و مورد توجه قرار گیرند (هلیس‌والکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱). به این ترتیب در ذهن آگاهی با آموزش نگرش بدون قضاوت به هیجانات و مشاهده ابعاد مختلف جسمی، ذهنی و تکانه‌ای آن‌ها، افراد یاد می‌گیرند که به شکل عادت‌وار درگیر هیجاناتی مانند خشم نشوند و به گونه‌ای دیگر به آن توجه کرده و واکنش نشان دهند.

هم‌چنین با توجه به نتایج جدول ۴ و نمودار ۲ این پژوهش و با توجه به (درصد بهبودی کلی) این مداخله بر اساس طبقه‌بندی بلاتچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۳) از لحاظ اثربخشی بر نشانگان برانگیختگی جنسی، در مرحله درمان و پیگیری در طبقه درمان موفق قرار گرفته است. نتایج حاصل از این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط استیس و همکاران (۲۰۱۹) و کلاوس (۲۰۰۹) مطابقت و همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود زوجین

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های فرسودگی زناشویی جنسی زوجین هر سه گروه زوجین در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. هم‌چنین براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳)، به دلیل بالا بودن همه نقطه داده‌های ترسیم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در هر سه گروه، تغییر به‌دست آمده در این دو سه گروه غیرتصادفی، نتیجه مداخله درمانی و معنی‌دار است. هم‌چنین مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست آمده برای زوجین گروه اول در مرحله بعد از درمان ۲۸/۵۷ و در مرحله پیگیری ۳۰/۷۱ است ($P < 0.05$). درصد بهبودی بعد از درمان ۳۸/۲۸ و پس از پیگیری ۴۲/۳۶ است. علاوه بر این که میانگین و سطح نمره‌های فرسودگی زناشویی زوجین گروه دوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است، زوجین گروه دوم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارد. هم‌چنین، با توجه به این که مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست آمده زوجین گروه دوم در مرحله پس از درمان ۲۹/۲۶ و در مرحله پیگیری ۳۱/۲۳ است، این دو مقدار در سطح آماری $P < 0.05$ معنی‌دار هستند. درصد بهبودی این گروه نیز در پس از درمان ۴۴/۴۲ و در مرحله پیگیری ۴۹/۹۶ است. هم‌چنین مقدار شاخص تغییر پایای به‌دست آمده برای زوجین گروه سوم در مرحله بعد از درمان ۲۷/۳۳ و در مرحله پیگیری ۲۹/۹۴ است ($P < 0.05$). درصد بهبودی بعد از درمان ۳۶/۳۱ و پس از پیگیری ۴۰/۰۹ است. بنابراین، بر اساس درصد بهبودی کلی این زوجین در مرحله درمان (۳۶/۶۷) و پیگیری (۴۴/۱۴)، می‌توان گفت که میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی بر اساس طبقه‌بندی بلاتچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۳) در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد و به طور کلی حاکمی از موفقیت زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی در بهبود فرسودگی زناشویی زوجین است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی بر خشونت خانگی، نشانگان برانگیختگی جنسی و فرسودگی زناشویی زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بود. با توجه به نتایج به‌دست آمده از جدول ۳ و نمودار ۱ و با توجه به (درصد بهبودی کلی) می‌توان نتیجه گرفت که میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی بر اساس طبقه‌بندی بلاتچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۳) حاکمی از موفقیت این مداخله زوج‌درمانی در کاهش خشونت خانگی زوجها می‌باشد. نتایج حاصل از این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط استیس و همکاران (۲۰۱۹)، هالی پتی‌گرو (۲۰۱۳)، استیس و همکاران (۲۰۱۲)، اصلائی و همکاران (۱۳۹۸) و پناباد (۱۴۰۱) مطابقت و همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی به دنبال "متوقف‌سازی انواع خشونت‌ها در رابطه" است. هرچند پایان دادن به خشونت فیزیکی ضروری است، اما این رویکرد زوج‌درمانی کمک می‌کند تا دیگر فرم‌های خشونت را هم شناسایی شده و حذف گردند. در این رویکرد به طور کلی روش‌های کنترل خشونت یا خشونت روانی و فیزیکی علیه شرکای عاطفی را مدنظر قرار داده و به مراجعان کمک می‌کند انواع فرم‌های خشونت را حذف کنند. نتایج

به تدریج این رویکرد می‌تواند میزان صمیمیت در ابعاد مختلف از جمله صمیمیت جنسی را در زندگی زناشویی ارتقا داده و تمایلات و برانگیختگی جنسی بیشتری را در زوجها فراهم سازد.

همچنین با توجه به نتایج جدول ۵ و نمودار ۳ و با توجه به (درصد بهبودی کلی) می‌توان گفت که میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی در کاهش فرسودگی زناشویی زوجها بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۳) در مرحله درمان و پیگیری در طبقه درمان موفق قرار گرفته است. نتایج حاصل از این یافته، با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط کلاروس (۲۰۰۹) و هالی پتی گروی (۲۰۱۳) مطابقت و هم‌سویی دارد. در تبیین این یافته باید گفت در زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت، یکی از تکنیک‌های آموزش داده شده به مراجعین، تکنیک (زمان وقفه) می‌باشد که با یادگیری آن در طی جلسات درمانی، زوجها در ادامه یاد می‌گیرند که گفت‌وگو با هم را بدون خشونت و پرخاش‌گری به سرانجام برسانند و هر کدام مسئول آرام کردن خود باشند. احساس موفقیت در کنترل رفتار خود و از طرفی حذف شدن احساسات خشونت‌آمیز به مرور از میزان احساسات منفی، بی‌علاقگی و بی‌ میلی نسبت به همسر می‌کاهد. در واقع، حس کارآمدی متفاوت در حل تعارضات، احساس امنیت و علاقه بیشتر را در زوجها پایه‌ریزی می‌کند (استیس و همکاران، ۲۰۱۸). در مرحله دوم زوجها با آموزش‌هایی که قبلاً دیدند وارد مرحله حل تعارضات می‌شوند و با اعتماد به نفسی که به خاطر داشتن توانایی‌های جدید به‌دست می‌آورند، بدون استرس و اضطراب به گفت‌وگو می‌پردازند تا به راه‌حل مورد انتظار برسند و از تعارضات و مشاجراتی که به بی‌علاقگی و احساسات منفی منجر می‌شود، دوری نمایند و همه این عوامل باعث می‌شود که سیکل معیوب تعاملات گذشته از بین برود و شوهه جدید تعاملات جایگزین آن شود و به سبب افزایش سازگاری، علائم فرسودگی زناشویی تا حدود زیادی کاهش پیدا کند. به علاوه این درمان با محوریت (امیدبخشی) به زوجین، به آن‌ها کمک می‌کند آینده بهتری را ترسیم کنند (اصلانی و همکاران، ۱۳۹۸). در این مدل زوج‌درمانی، هر یک از زوجها تکنیک‌های و راهکارهای مؤثر در زمینه مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله و مدیریت هیجانات و احساسات را فرا می‌گیرند که منجر به حل مسائل تعارض برانگیز زوجها و کاهش علاقه و دلزدگی می‌شود و به تبع آن این مهارت‌ها موجب برقراری رابطه بهتر با همسر خود شده و موجب می‌شود میزان خشونتی و رضایت بیشتری را در رابطه زناشویی تجربه نمایند. در واقع می‌توان گفت که زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی احساسات، نگرش‌ها و رفتارهایی که در نهایت منجر به فرسودگی زناشویی هر یک از زوجها می‌شود را می‌تواند کاهش و باعث می‌شود فرد به گونه‌ای کارآمد و مؤثر با چالش‌های زندگی زناشویی برخورد نماید (استیس و همکاران، ۲۰۱۱).

از سوی دیگر، آموزه‌های ذهن‌آگاهی بکار رفته در این روش درمانی که زیربنای آن پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف است، توانمندی زوجین در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجانات را به طور چشم‌گیری افزایش می‌دهد و به زوجین اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجانات را بدون تجربه آشفتگی هیجانی در ذهن تجربه کنند (سگال^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع آموزش ذهن‌آگاهی باعث می‌شود زوجین در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی، کارکردهای هیجانی زناشویی را مختل می‌کنند، ثبات هیجانی

دارای مشکلات زناشویی با شرکت در درمان مبتنی بر خشونت با مهارت‌ها و تکنیک‌های هیجانی و رفتاری متفاوتی آشنا شده که با یادگیری این تکنیک‌ها و مهارت‌ها می‌توانند با متمرکز کردن نیروی خود بر حل تعارض‌ها، مشخص ساختن تعارض به طور دقیق و مشخص و بهبود روابط آسیب‌دیده، رابطه خود را به سمت رضایت و صمیمیت بیشتر از جمله صمیمیت جنسی سوق دهند. همچنین باید گفت زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت تأکید ویژه‌ای روی یادگیری مهارت‌های کنترل خشونت جنسی دارد و زوجین شرکت‌کننده در این دوره درمانی روش‌های کنترل خشونت از جمله تکنیک وقفه‌ی زمانی، تکنیک‌های گفت‌وگوی سالم، حل تعارضات و حل مسئله علیه شریک جنسی را به طور چشم‌گیری یاد می‌گیرند (استیس و همکاران، ۲۰۱۱) و زوجها پس از سپری کردن جلسات این دوره میزان خشونت بویژه خشونت جنسی هم از سوی خود و هم از سوی شریک آن‌ها به شدت کاهش می‌یابد و به تدریج زوجها یاد می‌گیرند که روابط بدون خشونت را تجربه نمایند. شرکت در این درمان باعث کاهش باورهای منطقی زوجین در مورد مسائل جنسی شده و زوجین یاد می‌گیرند که مسئولیت رفتارهای خود را قبول نمایند، در قبال تصمیم‌های خود پاسخگو باشند و نسبت به الگوهای رفتاری که موجب فاصله گرفتن آن‌ها از شریک خود و کاهش احساسات جنسی می‌شود، آگاه و نسبت به آن حساس شوند و تلاش نمایند تا از نظر صمیمیت، بخصوص صمیمیت جنسی نزدیکی بیشتری را تجربه کنند. از سوی دیگر، در طول این دوره هر یک از زوجها توانایی بیشتری در مدیریت مشکلات زناشویی و ارتباطی به دست می‌آورند که در ابتدا فاقد این مهارت می‌باشد و یادگیری آن به تجربه برانگیختگی جنسی به آن‌ها کمک می‌کند.

از سوی دیگر، مدل دایره‌ای پاسخ جنسی چندین عامل اساسی و مؤثر بر میل و برانگیختگی جنسی را معرفی کرده است که از جمله می‌توان به حواس‌پرتهی، اضطراب، گناه و ... اشاره نمود که میل و برانگیختگی جنسی را مهار می‌کنند (بروتو و بیسون^۱، ۲۰۱۴). آموزش ذهن‌آگاهی ارائه شده در زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت زوجین باعث می‌گردد زوجین به این باور برسند که عوامل پرت‌کننده حواس نظیر افکار منفی و اضطراب‌آور رویدادهایی ذهنی هستند که لزوماً دقیق و درست نیستند و لازم نیست به آن‌ها اعتقاد داشت و آن‌ها را دنبال کرد. همچنین سبب می‌شود فرد در خلال رابطه کمتر تماشگر باشد و در نتیجه حواس‌پرتهی مربوط به افکار جنسی کاهش و پذیرش خود به صورت غیر قضاوتی افزایش می‌یابد که در نتیجه بر سطوح مختلف برانگیختگی و پاسخ‌دهی جنسی زوجین اثر می‌گذارد. علاوه بر این، در زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت، بیشترین تأکید بر ارتقای تجربه و حس مثبت بین زوجها است (اصلانی و همکاران، ۱۳۹۸) و شرکت در این مداخله درمانی موجب ارتقای این تجربه و حس مثبت شده و به آنها کمک می‌کند در روابط خود از درگیر شدن در تعارضات و سیکل معیوب رفتاری که تمام انرژی زوجها صرف پیدا کردن نقاط ضعف و اشکالات طرف مقابل می‌شود، فاصله بگیرند و به نکات مثبت همسر خود بیشتر توجه نمایند، برای شریک زندگی خود از لحاظ جسمی، روانی و جنسی وقت بگذارند و رفتارهای جنسی مطلوب از خود نشان دهند تا همه نیازهای طرف مقابل برآورده گردد. از این رو با توجه به موارد گفته شده و مهارت‌های کسب شده پس از سپری کردن جلسات درمان مبتنی بر خشونت از سوی زوجها

منابع

- اصلانی، خالد، خدادادی اندریه، فریده، امان‌الهی، عباس، رجیبی، غلام‌رضا و ام‌استین، ساندر (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی بر خشونت علیه زنان؛ رابطه مداخله زوجین ناسازگار ساکن شهر اهواز. *مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۹(۲)، ۶۶-۴۷.
- امان‌الهی، عباس، خجسته‌مهر، رضا و حیدریان‌فر، ناهید (۱۳۹۳). تأثیر درمان پذیرش و تعهد در درمان پذیرش زوج‌ها. *دستاورد های روانشناختی*، ۱(۴)، ۱۱۹-۱۰۳.
- آرین‌فر، نیر و رسولی، رویا (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور با زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۱۱)، ۶۰-۴۷.
- پنلیاد، سیمین (۱۴۰۱). *اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی و زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر خشونت زناشویی، ناسازگاری زناشویی، سلامت روان و صمیمیت جنسی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز*. پایان‌نامه دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز.
- جعفری‌منش، مریم و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۹). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین با تعارض زناشویی. *نشریه‌اندکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۸(۴)، ۴۳۵-۴۴۶.
- حاجیان، میژگان و نایینیان، محمدرضا (۱۳۹۹). پیش‌بینی نشانگان‌های میل/برانگیختگی جنسی در زنان متأهل بر اساس سبک‌های دلبستگی و تعارضات زناشویی. *ششمین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی*، تهران، ایران.
- غضنفری، فیروزه (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر خشونت علیه زنان در استان لرستان. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی استان لرستان*، ۱۲(۲)، ۳۲۵-۳۱۲.
- مرشدی، مهدی؛ داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ محمودی، محمدجلال و شاکرمی، محمد (۱۳۹۴). کارآیی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها. *نشریه پژوهش پرستاری*، ۱۰(۴)، ۸۷-۷۶.
- Aktas, B., Baysal, H. Y., & Yilmaz, M. (2018). Marital adjustment of women living in two different provinces of turkey and their attitudes towards violence against women. *International Archives of Nursing and Health Care*, 105(4), 87-98.
- Brennan, D., Peterson, G. H., Eifert, J. & Davidson, S. (2017). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 430-442.
- Brotto, L. A., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behavior Research and Therapy*, 57(1), 43-54.
- Carvalho, J., & Nobre P. (2010). Predictors of women's sexual desire: the role of psychopathology, cognitiveemotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 928-937.
- Castelli, L., & Tesio, V. (2016). Commentary: Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers in Psychology*, 7(1), 740-755.
- Chhabra, S. (2018). Effects of societal/domestic violence on health of women. *Journal of Women's Health and Reproductive Medicine*, 2(16), 45-52.

خود را حفظ کنند و به فکر مزاحم بیش‌ازحد توجه نکنند، بلکه نظاره‌گر عبور این افکار از ذهن باشند. این توانایی باعث می‌شود افکار خود آیند و هیجانات منفی، اشتغال فکری بیش‌ازحدی که قبلاً برای زوجین به وجود می‌آوردند را ایجاد نکنند و به کارکردهای زناشویی و هیجانی زوجین آسیب نرسانند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به در دسترس بودن اعضای نمونه و محدودیت زمانی اشاره کرد که بهتر است با توجه به تنوع فرهنگی و قومیتی کشور در تعمیم نتایج آن به سایر جوامع آماری احتیاط شود و هم‌چنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سودمندی رویکرد مداخله‌ای به کار گرفته شده با نمونه آماری بیشتر به‌صورت طولی و نحوه اثرگذاری آن‌ها در طول زمان بیشتر مورد ارزیابی قرار گیرد. عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی که ممکن است سوگیری در نتایج را افزایش دهد، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. بدیهی است تلاش در جهت رفع محدودیت‌های ذکر شده، پژوهش را با اعتبار بیشتری همراه می‌سازد. هم‌چنین در پژوهش حاضر، به خاطر ابزارهای پژوهش، از افراد باسواد به عنوان نمونه استفاده شده، از این رو پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی محققین با کنترل سطح سواد افراد، مطالعاتی را جهت بررسی تأثیر مدل درمانی حاضر بر متغیرهای وابسته پژوهش انجام دهند. در خصوص پیشنهادات کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود از آن‌جایی که زوج‌های درگیر خشونت خانگی بدون حذف خشونت نمی‌توانند وارد برخی از مدل‌های درمانی شوند، زوج‌درمانی خشونت خانگی به عنوان درمان اولیه به درمان گران توصیه می‌شود. هم‌چنین با توجه به مزایای مختلف این مدل زوج‌درمانی و اثربخشی آن، پیشنهاد می‌شود که این درمان به مشاورانی که در زمینه خانواده و ازدواج مشغول به فعالیت هستند، آموزش داده شود. افزون بر این، متولیان بهداشت و درمان کشور به صورت دوره‌ای و با بررسی آماری لازم، زوج‌های در معرض خطر خشونت خانگی را شناسایی کرده و در صورت امکان با استفاده از مداخله درمانی پژوهش حاضر، به سلامت‌روانی و جسمانی زوج‌ها در جهت روابط سالم و سازگار با یکدیگر در راستای تحقق و تحکیم بنیاد خانواده فراهم آورند. در پایان باید گفت با توجه به این‌که انجام چنین پژوهش‌هایی فقط با همکاری زوج‌ها امکان‌پذیر است. لذا استفاده از تدابیر لازم برای آگاه‌سازی و جلب همکاری زوج‌ها از دیگر پیشنهاد های پژوهش حاضر است.

موازین اخلاقی

به کلیه مشارکت‌کنندگان پژوهش به لحاظ محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. همه مشارکت‌کنندگان فرم رضایت‌آگاهانه را برای شرکت در پژوهش پر کردند. این پژوهش با کد شناسه IR.IAU.AHVAREC1401.94 مصوبه‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۲۵ تصویب شده است.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

قدردانی

پژوهشگران بر خود وظیفه می‌دانند که از همکاری کلیه شرکت‌کنندگان ارجمند در این پژوهش، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری نمایند.

- Kaplan, H. I., Ruiz, P., Sadock, B. J., & Sadock, V. (2009). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2015). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Keilholtz, B. M., & Spencer, C. M. (2022). Couples therapy and intimate partner violence: Considerations, assessment, and treatment modalities. *Practice Innovations*, 7(2), 124-137.
- Liu, M., Xue, J., Zhao, N., Wang, X., Jiao, D., & Zhu, T. (2021). Using social media to explore the consequences of domestic violence on mental health. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3-4), 1965-1985.
- Mazinani, R., Akbari Mehr, M., Kaskian, A., & Kashanian, M. (2013). Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *Razi Journal of Medical Sciences*, 19(105), 59-66.
- McKenzie, N. (2018). Female sexual interest and arousal disorder: How we can help when our patient's libido hits the brakes. *Physician Assistant Clinics*, 13(3), 385-97.
- Mir, S., Naz, F. (2017) Spousal psychological violence, coping strategies and psychological well-being in married women FWU. *Journal of Social Sciences*, 1(11), 242-253.
- Moon, K. J., Chung, M. L., & Hwang, S. Y. (2020). The perceived marital intimacy of spouses directly influences the rehabilitation motivation of hospitalized stroke survivors. *Clinical Nursing Research*, 112, 990-98.
- Nappi, R. N., & Wawra, K., Schmitt, S., & Hypoactive, J. (2016). Sexual desire disorder in postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol*, 22(6), 318-331.
- Panabad, S., Gholamzadeh Jofreh, M., Asgari, P., & Kazemian-Moghaddam, K. (2023). The effectiveness of domestic violence-focused couples' treatment on marital violence, mental health, and sexual intimacy of couples with marital maladjustment. *International Journal of Behavioral Sciences*, 16(4), 274-280.
- Peng, Y., Yang, X., & Wang, Z. (2021). Parental marital conflict and growth in adolescents' externalizing problems: The role of respiratory sinus arrhythmia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(3), 518-531.
- Peterson, B. D., Feingold, T., Gordon, K., Mrtines, L., & Davidson, S. (2018). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Personality and Individual Differences*, 116, 88-98.
- Pines, A. M., & Friedman, A. (1998). Gender differences in romantic jealousy. *The Journal of Social Psychology*, 138, 54-71.
- Pinez, A. M & Nunes, R. (2011). The relationship between career & couple burnout. Implication for career & couple counseling. *Journal of Employment Counseling*, 740(2), 50-64.
- Pinez, A. M. (2003). Couples burnout: Courses and cures. *London Rout Ledge*, 32, 11-27.
- Rabiee, F., Zahrakar, K., & Farzad, V. (2019). Effectiveness of stress inoculation training on reducing couple burnout in married women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 21(2), 70-76 .
- Chivers, M. L. (2010). A brief update on the specificity of sexual arousal. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 407-414.
- Cho, H., & Wilke, D. J. (2019). Gender differences in the nature of the intimate partner violence and effects of perpetrator arrest on revictimization. *Journal of Family Violence*, 25, 393-400.
- Claus, S. L. (2009). *Mindfulness meditation for Intimate partner violence*. Master Thesis, Falls Church, Virginia.
- Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B., & Blakeney, P. (2017). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and Protective Factors. *Violence and Victims*, 20(6), 625-643.
- Deng, Y., Chen, Y., & Liu, X. (2019). Romantic relationship and appearance-based rejection sensitivity: A moderated mediation model of self-rated attractiveness and appearancecontingent self-worth. *Personality and Individual Differences*, 142, 295-300.
- Eiadi, R., & Khanjani, Z. S. (2007) The Study of Marital Satisfaction in Different Attachment StylesL. *Journal of Modern Psychological Researches*, 1(2), 175-201.
- Ekta, S., & Rakesh, K. (2016), Domestic violent. *International Journal of Indian Psychology*, 4(74), 2349-3429.
- Esere, M., Idowu, A., Durosaro, I., & Omotosho, J. (2009). Causes and consequences of intimate partner rape and violence: Experiences of victims in Lagos, Nigeria. *Journal of AIDS and HIV Research*, 1(1), 001-007.
- Fischer, V. J., Andersson, G., Billieux, J., & Vögele, C. (2022). The relationship between emotion regulation and sexual function and satisfaction: A scoping review. *Sexual Medicine Reviews*, 10(2), 195-208.
- Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry?. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101-121.
- Gurman, A., & Jacobson, N. (2015). *Therapy with Couples: A coming of age*. In N. Jacobson, A. Gurman (Eds.), *Clinical hand book of couple Therapy*. (2nd ed., pp. 255- 330). New York: Guilford press.
- Haj-Yahya, M. M. (2009). Implication of wife abuse a battering for self-esteem depression, and anxiety as revealed by the second Palestinian national survey on violence against women. *Journal of Family*, 21, 435- 460.
- Hasson-Ohayon, I., Ben-Pazi, A., Silberg, T., Pijnenborg, G. H., & Goldzweig, G. (2019). The mediating role of parental satisfaction between marital satisfaction and perceived family burden among parents of children with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 271, 105-110.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- Hoteling, S., & Sugarman, D. (2020). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Johanson S. Christensen, A., L. (2004). Integrative versus traditional behavioral couple therapy for moderately and severely distressed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 176-191.

- Rutledge, S. E., Jemmott, J. B., O'Leary, A., & Icard, L. D. (2018). What's in an identity label? Correlates of sociodemographics, psychosocial characteristics, and sexual behavior among African American men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 157-167.
- Sediri, S., Zgueb, Y., Ouanes, S., Ouali, U., Bourgo, S., Jomli, R., & Nacef, F. (2020). Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 749-756.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Sharma, K. K., Vatsa, M., Kalaivani, M., Bhardwaj, D. (2019). Mental health effects of domestic violence against women in Delhi: a community-based study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(7), 25-37.
- Slootmaeckers, J., & Migerode, L. (2020). Eft and Intimate Partner Violence: A Roadmap to De-escalating Violent Patterns. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 59(4) 328-345.
- Soler, H., Vinayak, P., & Quadagno, D. (2012). Biosocial aspects of domestic violence, *Psychoneuroendocrinology*, 25, 721-739.
- Stith, S. M., & McCollum, E. E. (2009). Domestic violence-focused couples treatment. In J. L. lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy*, 406-430. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Stith, S. M., Green, N. M., Smith, D. B., & Ward, D. B. (2018). Marital satisfaction and marital discord as risk markers for intimate partner violence: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence*, 23, 149-160.
- Stith, S. M., McCollum, E. E., & Rosen, K. H. (2011). *Couples treatment for domestic violence: Finding safe solutions*. Washington, DC: American.
- Stith, S. M., Spencer, C., Ripoll-Núñez, K. J., Jaramillo-Sierra, A. L., Khodadadi, F., Nikparvar, F., Oksman, R., & Metelinen, J. (2019). International adaptation of a treatment program for situational couple violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 89-101.

